

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1921-1922 — N° 88

A PROPOS D'UN CAS
D'INVERSION UTÉRINE IRRÉDUCTIBLE

TRAITÉ PAR LA VOIE ABDOMINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Février 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE-ALEXANDRE-MARIE VADON

Né à Trans (Var), le 8 Janvier 1896



LYON

LA SOURCE, G. NEVEU & C^{IE}

21, RUE VIEILLE-MONNAIE, 21

1922

A PROPOS D'UN CAS
D'INVERSION UTÉRINE IRRÉDUCTIBLE
TRAITE PAR LA VOIE ABDOMINALE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922 — N° 88

A PROPOS D'UN CAS

D'INVERSION UTÉRINE IRRÉDUCTIBLE

TRAITÉ PAR LA VOIE ABDOMINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Février 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE-ALEXANDRE-MARIE VADON

Né à Trans (Var), le 8 Janvier 1896



LYON

LA SOURCE, G. NEVEU & C^{IE}

21, RUE VIEILLE-MONNAIE, 21

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. HUGOUNENQ Doyen HONORAIRE.
MM. J. LÉPINE Doyen.
ROQUE Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD
Clinique ophtalmologique.	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	X...
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.	NICOLAS
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.	WEILL
Chirurgie infantile.	POILLOSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	LANNOIS
Chimie biologique.	ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie.	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	HUGOUNENQ
Anatomie.	MOREL
Anatomie générale et Histologie.	MOREAU
Physiologie.	GUIART
Pathologie interne.	LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.	POLICARD
Anatomie pathologique.	DOYON
Médecine opératoire.	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.	MOURQUAND
Médecine légale.	PIAVOT
Hygiène.	VILLARD.
Thérapeutique.	ARLOING (F.)
Pharmacologie.	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Pathologie externe.	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN
Chimie minérale.	BARRAL.
Accouchements.	COMMANDEUR
Urologie.	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Embryologie.	HOVELACQUE.
Anatomie topographique.	PATEL
Botanique.	BRETIN
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE id.
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
CADE	COTTE	ROCHAIX.	GRAVIER, chargé des fonctions

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. CONDAMIN, Président ; PATEL, Assesseur
MM. LERICHE et DUROUX, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance
infinie.

A MA SŒUR

A LA MÉMOIRE CHÉRIE DE MA SŒUR ROSELINE

Hommage bien faible de ma
pieuse vénération.

A MES ONCLES :

MONSIEUR LE DOCTEUR M. BLANC

MONSIEUR LE DOCTEUR JOSEPH VADON

MONSIEUR LE DOCTEUR ALFRED VADON

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. CONDAMIN

Chevalier de la Légion d'Honneur

Pour l'honneur qu'il nous fait
en acceptant la Présidence de
notre Thèse et pour le précieux
intérêt de son enseignement de
« Pratique Gynécologique ».
Nous sommes heureux de lui
témoigner notre bien vive re-
connaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. MOLIN

Chirurgien de la Charité

Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous le prions de trouver ici
l'expression de notre profonde
gratitude pour ses nombreuses
marques de confiance, pour le
bienveillant intérêt qu'il a porté
à notre travail, pour l'accueil
si affable qu'il nous a toujours
réservé dans son service de
Gynécologie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR C. BOCCA

Ancien Interne

Chef de Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. MAURIZOT

Interne des Hôpitaux

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MES JUGES

A PROPOS D'UN CAS
D'INVERSION UTÉRINE IRRÉDUCTIBLE
TRAITÉ PAR LA VOIE ABDOMINALE

Un cas récent d'inversion utérine chronique irréductible observé dans le service de M. le docteur Molin, chirurgien de la Charité, et traité chirurgicalement par la voie abdominale, nous a incité, en nous rappelant nos hésitations de diagnostic et nos difficultés de traitement en présence d'un fait analogue, il y a quelques années, à exposer ici l'état actuel de la thérapeutique gynécologique en matière d'inversion utérine d'origine puerpérale.

Nous avons été frappé d'abord, après avoir constaté la simplicité rationnelle du traitement employé dans le cas inédit que nous rapportons, du peu de faveur que les ouvrages classiques accordent aux procédés de réduction par voie abdominale au profit de ceux exécutés par voie vagi-

nale qui nous ont paru rallier jusqu'ici les suffrages de la majorité des auteurs.

Si nous faisons un parallèle succinct, en passant en revue les travaux originaux et les traités contemporains se rapportant au traitement chirurgical de cet accident, nous devons mentionner en faveur de la voie basse :

les conclusions du professeur Oui au congrès de gynécologie et d'obstétrique de Nantes (1901) qui firent date ;

la thèse de Fresson (Paris 1902) consacrée à l'inversion en général ;

les thèses de Wies (Lyon 1911) et de Rossinès (Lyon 1913), sous l'inspiration de M. le Professeur A. Pollosson, de MM. les professeurs agrégés Voron, Laroyenne, Gayet.

Ces différents auteurs préconisent, dans cette méthode vaginale, deux procédés types :

la colpo-hystérotomie postérieure (Piccoli-Duret) ;

la colpo-hystérotomie antérieure (Spinelli-Oui).

Parmi les gynécologues, Pozzi (1904), Labadie, Lagrave, Legueu (1914) citent les tentatives de G. Thomas, de Malins, de Mundé, mais pour leur opposer les techniques de «Kustner», «Piccoli-Duret, Spinelli-Oui», «de beaucoup préférables». Nulle mention n'est faite par J.-L. Faure et Siredey (1913) d'intervention abdominale dans la cure de l'inversion utérine pour laquelle ces deux auteurs adoptent aussi la voie basse.

In Le Dentu et Delbet (1920) Fergue et Massabuau rapportent les résultats des premières tentatives de réduction après laparotomie, signalent les trois cas heureux de l'auteur anglais Nicoll Haultain (1908), mais sans ajouter de commentaires et s'attachent à la description du procédé vaginal postérieur selon Fresson. Dans leur précis de

thérapeutique gynécologique et obstétricale, Guéniot, d'une part, accorde sa préférence à l'intervention vaginale « opération de choix », Jeannin d'autre part, réserverait la sienne à « l'hystérotomie abdominale » également satisfaisante si la femme est vraiment en état suffisant d'asepsie pour qu'une laparotomie puisse être tentée sans témérité.

Parmi les accoucheurs, Bar, Brindeau, Chambrelent, sous la plume de Commandeur, estiment que « la laparotomie suivie de dilatation au doigt de l'entonnoir utérin (G. Thoms, Gross) ou de l'extirpation de l'utérus par l'abdomen (Gross).... est un procédé inférieur aux opérations vaginales. Tout récemment encore, à propos d'une communication de M. Bouffle de Saint-Blaise (déc. 1921), rapportant un cas d'inversion ancienne, M. Brindeau affirmait en principe que « toute intervention large sur un utérus inversé, quand elle est indiquée, doit adopter la « voie vaginale ».

Maigrier et Schwab mentionnent, sans indiquer leur préférence, contre l'inversion irréductible, les trois modes de réduction opératoires : incisions cervicales bilatérales ; colpotomie et hystérotomie postérieure ou antérieure ; laparotomie, avec incision de l'anneau constricteur.

En faveur de la voie abdominale, nous ne trouvons que la thèse de Théoharide (Paris 1913), excellent travail de mise au point récapitulatif et comparatif des diverses méthodes employées jusqu'alors et dont les conclusions, sous l'inspiration de M. le professeur Pinard, accordent nettement confiance à cette méthode.

Il nous a paru curieux de souligner en passant ici une

constatation qui nous a surpris au cours de notre revue d'ensemble de la littérature gynécologique et obstétricale : tandis que les différentes opérations proposées par la voie vaginale, sont d'une manière presque absolue plus séduisantes pour les « gynécologues », la méthode de réduction par la voie abdominale retient davantage l'attention des « accoucheurs » ; nous en voulons pour preuve en effet, en premier lieu l'autorité de M. le professeur Pinard, de M. Couvelaire, les citations précédentes de Jeannin qui dans son Précis d'Obstétrique en collaboration avec Dubrisay (1913), dit encore « en cas d'échec d'un taxis soutenu et prudent, il faut donner à la malade sa seule chance de salut... la laparotomie... », à Budin et Demelin (Traité d'Obstétrique 1904) nous entendons dire : « si la réduction non sanglante par voie vaginale est irréalisable, on pourra, en l'absence de phénomènes infectieux exécuter l'opération de Kustner (hystérotomie totale), mais les manœuvres nécessaires pour réunir ensuite la paroi sectionnée sont parfois délicates, et il est plus facile, en l'absence de phénomènes septiques, de faire la laparotomie sous-ombilicale pour ouvrir d'un coup de ciseaux l'anneau d'inversion dans son segment postérieur sur la ligne médiane du corps et de prolonger au besoin de haut en bas sur la paroi postérieure invaginée tandis que deux pinces plantées sur les lèvres de la plaie exercent des tractions réductrices de bas en haut. L'utérus une fois remis en place, rien n'est plus simple que d'en faire la suture ; on referme ensuite la paroi abdominale avec ou sans drainage. S'il y a infection il n'y a pas lieu de conserver l'utérus inversé ; on en fera l'ablation soit par le vagin, soit par l'abdomen. »

Les publications de cas d'inversion utérine *traités chirurgicalement* rares déjà dans l'ensemble de la littérature, le deviennent de plus en plus dans les temps plus rapprochés de nous et, nous sommes heureux de le penser, doivent tendre à disparaître en raison de la prophylaxie de cet accident qui découle de nos connaissances plus approfondies des lois naturelles de l'obstétrique ; d'autre part les années 1914 et celles qui suivent évoquent le souvenir d'évènements suffisamment tragiques pour que nous reconnaissons les très justes raisons de l'engouement vers la chirurgie de guerre seule, qui peuvent nous expliquer dans une certaine mesure, un état particulier de moindre activité de la clinique gynécologique opératoire.

Dans la bibliographie étrangère, fait à noter aussi, c'est la littérature anglaise qui est encore la plus riche en observations parmi lesquelles, nous entendons les cas chirurgicaux, la faveur semble plus nettement marquée pour la voie haute.

Personnellement nous devons au «Journal of Obstetrics and gynecology of the British Empire» la relation de deux cas appartenant au docteur Prescott Hedley (1913).

Notre intention est de nous borner ici à l'étude du traitement opératoire conservateur de l'inversion utérine et de l'intervention par « voie abdominale » en particulier.

A nos maîtres, aux différents auteurs, nos devanciers, nous reportons le mérite de quelques travaux dont les résultats nous ont été utiles ; à la courte liste des cas traités par cette méthode, nous serons heureux d'ajouter les résultats satisfaisants de notre observation.

C'est en nous basant uniquement sur celle-ci, d'abord, que nous avons eu l'idée d'exposer quelles considérations l'étude de ce procédé avait suggéré en notre esprit. En précisant ici le but et les limites de notre sujet nous tenons à nous justifier de l'imperfection d'une « Revue générale » qui ne serait pas suffisamment excusée, craignons-nous, par la rareté même des cas ainsi traités et par les difficultés réelles qu'ont rencontrées nos recherches bibliographiques.

Nous diviserons notre travail en 5 chapitres : Nous exposerons en premier lieu, brièvement, les moyens dits de « réduction simple », c'est-à-dire ceux qui demeurent à la portée du praticien, du médecin accoucheur appelés les premiers à diagnostiquer et traiter pareil accident.

Après échec de ces procédés ordinaires nous signalerons quels procédés proprement dits chirurgicaux ont été proposés :

1° *par voie vaginale* ; leur technique schématiquement présentée, résumée, fera l'objet du Chapitre II ;

2° *par voie abdominale*. A l'historique et à la description de ceux-ci sera consacré le Chapitre III.

Au Chapitre IV, nous présenterons notre observation due à l'obligeance de M. le docteur Molin, et la description de la technique opératoire, employée, suivie de deux observations superposables du professeur P. Hedley.

Le chapitre V sera réservé à un essai critique à la faveur duquel nous exprimerons les suggestions d'ordre général et particulier qui nous ont été révélées par ce cas personnel renforcées par celles que P. Hedley rapporte dans le même sens.

De ces considérations nous essaierons de dégager les conclusions qui nous ont paru rationnelles.

CHAPITRE PREMIER

MÉTHODES USUELLES NON CHIRURGICALES

Nous ne ferons qu'exposer brièvement les différents procédés non chirurgicaux successivement employés dans le traitement de l'inversion, qui intéressent le chirurgien certainement puisque c'est leur échec qui affirme l'irréductibilité.

Encore appelés « moyens de douceur » les procédés de réduction simple, manuelle ou instrumentale, se ramènent aux divers modes suivants : D'abord le « Taxis ». C'est une manœuvre qui consiste à refouler la tumeur utérine de bas en haut, à l'intérieur du vagin, par des pressions exercées sur sa convexité, soit par les doigts, soit par la paume de la main.... selon que la force s'exerce sur le fond sur les parois latérales, sur les portions les dernières sor-

ties le taxis est « central » (Viardel), latéral (Deleurye Sims, Noggerath), périphérique (Amand, Puzos, Astruc).

On s'ingénia plus tard à suppléer la force manuelle qui se lasse vite, par des instruments à tige rigide dits : « Repoussoirs », (Repositor de White de Buffalo) (cuillers de Bouchet, Lyon 1833), lesquels, après modifications portant sur la direction de la tige devinrent les repositors à simple ou à double courbure, dont le Repositor d'Aveling est le type toujours en vogue en Angleterre (Spencer 1915). De ceux-ci nous pouvons rapprocher le procédé dit du « stéthoscope » Pouey de Montévidéo (Laroyenne, thèse de Rossinès).

Avec l'utilisation du caoutchouc, on vit apparaître différents « pessaires » : à air (Gariel, de Lyon) ; à eau (Kolpeurynter) ; à mercure (Wetterlein). Plus tard on employa les « ballons » ; Pozzi recommanda fort le tamponnement iodoformé ou non qui eut aussi sa vogue et donna des succès (Pollosson 1897).

Toute cette instrumentation n'est pas sans danger et il y a toujours lieu d'être prudent dans sa mise en œuvre. De tous ceux-ci retenons que les moins offensifs pour les parties molles dans lesquelles ils doivent séjourner, sont les ballons de « Champetier de Ribes » préconisés par M. le Professeur Pinard. « Instruments indispensables et que tout praticien doit savoir manier ». Bien que moins actifs le « tamponnement » peut être compté comme un assez bon procédé, parce qu'on peut lui reconnaître l'avantage d'être à la fois compresseur, antiseptique, hémostatique. (Oui).

Les indications de ces moyens simples de réduction sont formelles toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une

inversion aigue ou qu'on est appelé à la traiter de bonne heure. De la précocité de leur application et du bon état de l'organe dépendent les succès qu'on leur doit. Nous ne croyons pas devoir retenir d'une façon spéciale la classification assez arbitraire d'inversion récente et d'inversion ancienne basée sur l'apparition du flux menstruel, seulement. La notion d'irréductibilité n'est pas forcément fonction de l'âge de l'inversion. Denuce rapporte « traité clinique de l'inversion » des cas où la réduction a pu être obtenue après des années par simple taxis ou même spontanément (Baudelocque) et nous nous contenterons de dire que, devant un *état général inquiétant*, et après échec des moyens « simples » l'irréductibilité éprouvée *commande l'intervention chirurgicale*.

CHAPITRE II

MÉTHODES CHIRURGICALES PROPREMENT DITES

VOIE VAGINALE

INCISIONS CERVICO-UTÉRINES

Le col étant considéré comme le principal obstacle à la réduction, c'est sur lui que portèrent les premières interventions : Celle-ci (Simpson et Sims) réalisées par Barnes, 1868, consiste à pratiquer des incisions limitées du col, depuis l'orifice externe jusqu'à l'isthme ; l'auteur recommande de multiplier le nombre plutôt que les dimensions (Marion, Sims, Kemps, Wilson, Barton, Cook, Hirt, C. H. Hare) ; Fresson, conseillant de faire remonter très haut ces incisions, car c'est au niveau de l'isthme que siège généralement l'agent d'étranglement, préconise les

incisions nombreuses et les incisions latérales (Hystérotomie cervicale latérale ; Second). Les indications se limitent aux cas où, à l'examen, on constate nettement l'existence d'une *portion du col* jouant le rôle d'agent constricteur.

HYSTÉROTOMIES VAGINALES

Un des premiers, Mathias Ducan, fut amené à se rendre compte que le col n'était pas le seul obstacle à la réinversion et estimant que les difficultés de celle-ci tenaient à la rigidité des parois utérines, il proposa de faire porter une incision sur le corps sans toucher au col ; il obtint ainsi la réduction en pratiquant deux incisions sagittales sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus. Ce procédé qui donna des succès à Kustner, Netzel, Jordan, Perlis, échoua entre les mains de Duret et de Salins (1897-1898), servit à la genèse d'un autre procédé : celui de Kustner d'abord, celui de Piccoli-Morisani-Sava, en Italie ; de Duret, en France ; de Westermach, à Stockholm.

On s'accorda à décrire cette méthode sous le nom de

COLPO-HYSTÉROTOMIE VAGINALE POSTÉRIEURE

“ Procédé Piccoli-Duret.”

Sa description est la base des thèses de Fresson, de Rossinès, à qui nous emprunterons seulement une exposition schématique :

Après tous les soins d'asepsie et d'antisepsie du vagin.

1° Abaissement de l'utérus à la vulve, au besoin curetage de sa surface ;

2° Large ouverture du cul-de-sac de Douglas, par incision transversale pour permettre l'exploration digitale de l'anneau d'inversion ;

3° Tentative de réinversion ; si elle ne réussit pas, incision verticale médiane postérieure, partant du milieu de l'incision vaginale, divisant le col et la paroi postérieure de l'utérus sur toute sa hauteur, et en profondeur de la muqueuse au péritoine.

4° Réduction par déploiement, reploiement des lèvres utérines « retournement ayant pour but de réintégrer la muqueuse et d'extérioriser le péritoine infundibulaire ».

5° Suture de la ligne de section utérine en commençant par le fond jusqu'à l'isthme, réserver la suture du col pour un deuxième temps ;

6° Reposition de l'utérus par un mouvement de bascule de bas en haut, à travers l'incision vaginale qui pourra être agrandie par une nouvelle incision verticale branchée en T, dirigée en bas ;

7° Reconstitution du col.

Suture de la brèche vaginale verticale ; à travers la brèche transversale, on drainera par double tube.

Tamponnement du cul de sac de Douglas, à la gaze, pour soutenir le corps utérin en bonne position.

COLPO-HYSTÉROTOMIE VAGINALE ANTÉRIEURE

(Procédé de Kehrer, Procédé de Spinelli-Oui)

Kehrer pratique l'hystérotomie antérieure sans ouvrir le cul-de-sac vaginal (1918), mais cette opération ne donne de résultat qu'à son Auteur, et en raison des difficultés

techniques qu'elle présente Spinelli, Oui, lui ajoutent une colpotomie antérieure, réalisant sur la face antérieure de l'utérus l'opération homologue de celle de Piccoli-Duret.

1° Incision du cul-de-sac antérieur, semi-circulaire, très large, juste au-dessous de la limite d'insertion du vagin ;

2° Exploration digitale de l'infundibulum d'inversion.

3° Incision de l'utérus, sur toute sa longueur ;

4° Réduction — manœuvres de retournement identiques à celles du « Piccoli-Duret » ;

5° Suture du corps en deux plans ; veiller à l'affrontement du péritoine ;

6° Réintégration de l'utérus par la brèche vaginale ;

7° Suture du col ;

8° Drainage du cul-de-sac antérieur, vésico-utérin.

Tamponnement modéré du vagin, à la gaze iodoformée. qu'on enlève le troisième jour.

Une des conditions indispensables du succès de l'intervention vaginale, selon Oui, est que les incisions soient faites largement et ne ménagent pas, systématiquement, le corps ou le col, à ce prix « la voie vaginale me paraît bien supérieure à la voie haute » (Oui).

CHAPITRE III

VOIE ABDOMINALE

C'est à l'Américain, Gaillard Thomas que revient le mérite d'avoir eu, le premier, l'idée de pratiquer une laparotomie pour aborder l'utérus inversé. Il admettait en principe que le collet de l'anneau d'inversion, par l'état particulier de son tissu (cartonisation), constituait l'obstacle unique à la réduction et que les deux conditions indispensables de celle-ci étaient : d'une part la fixation de l'anneau, d'autre part sa dilatabilité.

Thomas n'hésite pas à s'assurer de ces deux facteurs par la vue et le toucher à l'intérieur de la cavité abdominale, puis retirer le fond en lui faisant parcourir le chemin inverse de sa descente par des tractions intra-abdominales combinées avec des pressions intravaginales, s'exer-

çant dans l'axe approprié : tel est le nouveau mode de réduction que mettait en œuvre cet auteur audacieux. Non sans risques, en effet, était une laparotomie, si l'on songe que cette intervention se passait en 1869 à une époque où l'on ne connaissait ni l'antisepsie, ni l'asepsie. Nous n'en voulons pour preuves que les complications redoutables qui ne firent pas défaut et qui valurent un cas de mort alors même que les manœuvres de réduction avaient été couronnées de succès.

Ce résultat malheureux frappait la méthode naissante d'une tare irrémédiable pour ses contemporains, à tel point que Denucé écrivait en 1883 : « L'auteur n'a point trouvé jusqu'ici d'imitateurs et il est fort probable qu'il n'en trouvera que difficilement ».

Il est curieux d'opposer à ce jugement par trop sévère, la confiance que lui gardait son auteur qui allait jusqu'à dire que « dans tout cas où il n'y aurait plus d'autre ressource que l'amputation, il n'hésiterait pas à mettre de nouveau son procédé en pratique ».

A titre de document historique nous donnons ici l'observation de Gaillard Thomas :

Observation I. de Gaillard-Thomas (1869)

Il s'agit d'une femme atteinte d'une inversion chronique; plusieurs tentatives de réduction furent faites sans succès, dont l'une avec des incisions du col. « A peine eus-je retiré le bistouri que le sang jaillit abondamment d'une artère grosse comme la radiale, le jet était continu ; pendant une demi-heure nous essayâmes en vain de lier cette artère. Nous arrê tâmes enfin l'hémorragie en passant un fil à travers la plaie et en liant les deux lèvres ensemble... » C'est dans la semaine qui suivit cette opération que Thomas fit

une dernière tentative dans laquelle il appliqua son procédé . « Un aide, ayant sa main dans le vagin, souleva l'utérus de façon à ce que je puisse sentir l'anneau cervical à travers la paroi abdominale. Je fis lentement une incision sur la ligne médiane, puis je laissai la plaie exposée à l'air jusqu'à ce que tout suintement eut cessé. J'incisai alors le péritoine et j'introduisis mon doigt dans le sac, où je ne trouvai aucune adhérence. Remplaçant alors la main de l'aide par ma main gauche, j'introduisis le dilatateur en acier et je dilatai le rétrécissement. La dilatation fut très facile et très rapide ; mais le col se resserrait quand j'enlevais l'instrument. Je dilatais largement et je réduisis une partie de l'utérus. Je l'attirais jusqu'à la vulve, je le repoussais rapidement et je reconnus avec plaisir qu'il était à peu près replacé. Je l'attirais de nouveau, cette fois à l'extérieur, et je fus très effrayé de voir que l'artère coupée la veille saignait abondamment ; je replacai prestement l'utérus et fus charmé de voir l'une des cornes en place. Mais j'avais employé un peu plus de force que le vagin m'en pouvait supporter et l'un de mes doigts passa entre l'utérus et la vessie. Une des cornes était encore invertie. J'introduisis encore le dilatateur et aussitôt l'utérus reprit sa position normale. L'artère saigna largement ce jour-là, et dans le vagin, et dans le péritoine, à travers la fente vaginale... Enfin la malade se remit ».

Observation 2, Gaillard-Thomas

J'ai rencontré depuis un autre cas, dit Gaillard-Thomas, dans lequel la même opération m'a paru motivée. L'opération que j'ai pratiquée m'a démontré que le procédé opératoire était efficace et relativement simple, bien que la malade ait succombé à une péritonite. Il s'agissait d'une femme de 23 ans, atteinte d'une inversion chronique. La malade avait été traitée par plusieurs chirurgiens, qui avaient employé diverses méthodes. La dernière tentative de réduction avait

duré plus de deux heures, sans donner de résultat et avait été suivie d'une péritonite grave.

L'opération fut décidée. Après avoir éthérisé la malade et pratiqué une incision de cinq centimètres, j'introduisis le dilateur dans le sac utérin, je le retirai, après avoir dilaté l'anneau cervical pendant un quart d'heure. Nous fûmes surpris de la facilité avec laquelle l'utérus pût être réduit. La plaie abdominale fut suturée, la malade replacée dans son lit. Tout alla bien pendant quarante-huit heures. Au bout de ce temps, survint une péritonite généralisée, qui fut rapidement mortelle.

La rareté des imitateurs ne correspondit pas à la prédiction de Denucé et très rapidement la méthode de Thomas ne tarda pas à être suivie. En 1884, par Malins, puis Mundé en 1888, qui eurent l'idée de transfixer le fond utérin par un fil solide qu'ils arrêtaient au moyen d'un bouton ou d'un tube à drainage ; par cet intermédiaire, ils exerçaient des tractions énergiques vers le haut, dans l'axe du détroit supérieur. Cette modification ne fut guère plus heureuse puisqu'il fallut, quelques jours après, recourir à l'hystérectomie par ligature élastique. La même année 1886, tandis que, Schmidt accusait un échec Schmalfuss rapportait une observation heureuse où le succès est d'autant plus méritoire que l'état général et local de la malade offrait des conditions peu encourageantes.

Observation de Schmalfuss

*Inversion utérine puerpérale totale. — Menace de gangrène.
— Guérison après laparotomie.*

.....
A la vulve, tumeur du volume du poing, œdématisée, rouge bleuâtre s'amincissant vers le haut. Le col est dur et rétracté.

La réinversion sous le chloroforme ne réussit pas ; la paroi utérine est faible et prête à se gangrener, on craint de presser ; on se décide à faire une laparotomie.

Laparotomie. — Incision sous-pubienne de 15 cm., sur la ligne blanche, le bord antérieur de l'anneau est attiré dans la plaie avec des pinces de Museux. Dilatation de l'anneau avec les doigts, l'utérus est refoulé par le vagin avec un tampon monté, la réinversion s'effectue. Suites opératoires fébriles. Guérison.

Dix semaines après la plaie abdominale est cicatrisée. Utérus de volume normal et mobile. Etat général bon.

Quelques années plus tard, 1891, deux auteurs obtenaient des résultats intéressants en apportant de nouvelles modifications : d'Antona dilate l'entonnoir à la pince de Billroth puis pratique une incision sur sa portion antérieure et obtient la réduction d'une inversion datant de 3 ans et 8 mois. Cosentino s'aide de traction sur les ligaments ronds et les trompes saisis par des pinces, pendant qu'un aide assure le refoulement vaginal. Mac Intosh, 1895, exécute des manœuvres mixtes et ajoute à la laparotomie des incisions latérales du col, réunissant par ces deux opérations, des conditions optima. Skène tire sur le fond, au moyen de crochets ou aiguilles de Peasle, ceux-ci causent quelques déchirures du péritoine insignifiantes et sans suites ; mais la réduction est des plus satisfaisantes. En 1898, Spinelli, après rupture des ligaments ronds et des ligaments larges, doit terminer son intervention par hystérectomie vagino-abdominale, suivie de guérison.

La même année, Baldy reste toujours un adversaire résolu de la méthode. Avec *Everke*, en 1899, ce procédé prend un essor nouveau ; se rendant compte d'un état

particulier d'induration de la portion sus-vaginale du col, cet auteur pratique successivement sur les bords antérieurs et postérieurs de l'entonnoir, deux incisions sagittales. La réduction se produit instantanément, au prix, il est vrai, d'une extension imprévue de l'incision postérieure. Ce procédé rallie de nombreux suffrages et, à partir de ce moment, on observe une série de cas heureux. *L'incision progressive* donne lieu à une réduction d'une extrême facilité, comme l'affirme l'auteur anglais N. Haultain (101), après un premier cas. Le même auteur ayant eu l'occasion d'observer deux autres cas leur applique avec le même succès, ce procédé qu'il appelle « Hystérotomie abdominale ».

A Brennan (*Revue médicale du Canada*, 1901), nous devons deux cas heureux après incision antérieure : dans une communication ultérieure nous trouvons rapportée une technique qui, s'inspirant des essais de Malins et Mundé, ne nous paraît pas constituer un progrès et reste vraiment trop complexe :

Dans la coupe formée par l'utérus inversé, on glisse un trocart entraînant avec lui une anse de grosse soie qu'un deuxième fil relie au trocart (celui-ci est destiné à enlever la soie par le vagin après réduction), dans l'anse, on engage un bourrelet de gaze aseptique et on réduit en exerçant des tractions sur l'anse ainsi chargée, pendant que les doigts font contre-pression sur le pourtour de l'anneau et qu'un aide pousse par le vagin, la gaze et le fond. La réduction terminée, on enlève la soie, la gaze, on cautérise le point de la piqure (acide phénique pur, ou neutralisé par l'alcool), on suture au catgut.

Une des malades, infectées déjà, succombe deux jours après d'œdème pulmonaire ? Mais la réduction avait été

obtenue. Le procédé des incisions limitées donne à E. Vignard, en 1902, un succès, mais l'état du tissu utérin peu résistant, occasionna une déchirure étendue prolongeant l'incision initiale : la malade guérit sans complications.

Citons encore, rapporté par Théoharide, le cas heureux de Cushing (1902), obtenu par simple dilatation de l'anneau (Sims), et refoulement vaginal complété par une hystéropexie ; de Nunez (1903), incision postérieure de l'anneau, refoulement avec le doigt passé dans la brèche postérieure ; de Williams 1905 (incision simple) ; de A. H. Barbour qui dut terminer par hystérectomie en présence d'une dégénérescence graisseuse. Gross (1908), nous rapporte une observation instructive : après échec du Kustner, il dut recourir à la laparotomie pour libérer les adhérences nombreuses et obtenir une réduction facile après incision du bord postérieur. Dans la description et l'explication de leur échec, Fournier, Couvelaire, Fasano ne rapportent pas moins de suggestions intéressantes et précieuses que nous retiendrons pour la défense de la méthode.

A l'auteur anglais, docteur Prescott Heldley (1915), nous empruntons ses deux observations, pour les présenter in-extenso, au cours de notre travail.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION (INÉDITE) M. MOLIN

Mme M..., 36 ans, ménazère. primipare, vient d'accoucher il y a un mois d'un enfant mort récemment (portait à la tête une blessure grave).

Réglée à l'âge de 14 ans, la malade a toujours vu ses règles normales, d'une durée de 4 à 5 jours, n'a jamais eu de pertes avant sa grossesse, jamais de fausses-couches, aucun antécédent héréditaire ni personnel, pas de spécificité.

C'est sa *première grossesse* ; elle a été mal supportée, s'est accompagnée d'amaigrissement notable à la suite de vomissements incoercibles jusqu'au 7^e mois et d'une albuminurie dont la malade ne peut indiquer la quantité.

L'accouchement s'est fort mal passé, pénible, long ; on a

du recourir au forceps. La mère a accouché sans connaissance (syncope), et sous anesthésie.

La délivrance a du être pratiquée *artificiellement* sous anesthésie.

Suites de couches. — Depuis l'accouchement, 40 jours se sont passés sans incident et sans souffrances, le 40^e jour, la malade est surprise par un retour de couches très abondant, après lequel elle continue à perdre en rouge sans interruption « du sang presque pur ou mélangé parfois de pertes sales ». On recourt au tamponnement fréquemment répété. Précédant ces pertes rouges, la malade avait déjà remarqué des pertes blanches très importantes, qu'elle mettait sur le compte des tampons glycerinés prescrits en traitement.

Ces pertes avaient un aspect puriforme blanchâtre, tachant fortement le linge ; depuis, métrorrhagies et pertes n'ont pas cessé.

A l'entrée dans le service, la malade présente un amaigrissement prononcé, un teint pâle, anémique, de la diminution des forces ; l'appétit cependant est conservé. Depuis la syncope de l'accouchement, elle n'a pas éprouvé de douleurs violentes, mais elle est restée un mois à n'uriner qu'à la condition d'être sondée. Actuellement les mictions spontanées sont fréquentes et douloureuses. La malade se plaint en outre d'une constipation opiniâtre, sans éprouver toutefois de douleurs à la défécation.

Examen physique. — Au toucher on sent à l'intérieur du vagin, venant affleurer à l'orifice vulvaire, une masse du volume d'une grosse orange de consistance ferme, dont on ne parvient pas à dévouvrir le pédicule ; sa surface est tomenteuse et saigne après chaque toucher. En arrière de cette masse, on palpe un rebord dur, formant une collerette peu saillante mais épaissie, qui doit être le col utérin dilaté, on ne peut passer entre cette lèvre postérieure et la tumeur vaginale ; en avant, le col n'est pas senti, la tumeur paraît se continuer directement avec la paroi vaginale du cul-de-sac antérieur ; le palper abdominal ne permet pas de sentir le

fond utérin en place ; le toucher combiné au palper confirme l'absence du fond utérin à sa place normale. Le diagnostic d'inversion utérine est positif.

Intervention le 2 octobre 1921. — On a renoncé d'emblée à de nouvelles tentatives de réduction manuelle par voie vaginale. D'autre part, la malade ayant eu un accouchement difficile avec forceps, état général grave, on peut supposer, a priori, peut-être, que les annexes ont pu présenter une atteinte après infection puerpérale plus ou moins intense et l'on décide de voir l'inversion par « le ventre » et vérifier l'état des organes annexes.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. — Dès l'ouverture du péritoine, on reconnaît l'inversion, qui est totale. Le fond n'est pas reconnu, mais à sa place, il existe une dépression cupuliforme d'ou paraissent s'échapper les ligaments ronds et les pédicules utéro-ovariens dont les veines sont particulièrement gonflées, sinueuses, turgescents. Les annexes sont saines. L'exploration digitale de cet anneau de l'inversion montre qu'il admet à peine l'index et que toute tentative de dilatation digitale est impossible. Le doigt est enserré comme dans un véritable anneau contractile. On tente alors une dilatation avec les plus gros numéros des bougies de Hégar, n° 18 et 20, mais sans succès. Toutefois une légère dilatation de l'anneau est obtenue et l'on essaie de saisir le fond utérin avec une pince de Museux et de combiner à cette traction énergique et lente des manœuvres de réduction par une main de l'aide introduite dans le vagin. Mais il est facile de se rendre compte de l'insuccès de ces tentatives ; on décide alors de fendre aux ciseaux la partie postérieure de l'utérus au niveau de l'anneau, sur 3 cm., et l'on est frappé de voir la réduction s'opérer presque spontanément et instantanément, sans qu'il soit besoin d'exercer aucune traction sur l'utérus. On termine l'opération, qui s'est d'ailleurs accomplie sans perte de sang, par une suture à deux plans, au catgut. Hémostase facile ; la plaie a peu saigné ; on ferme sans drainage,

Suites opératoires. — Excellentes ; il est à noter que les hémorragies ont cessé dès la reposition ; pas de température, dans les premiers jours qui suivent l'opération, mais 4 jours après la malade présente une ascension de température avec quelques frissons ; pendant 4 jours la température oscille entre 38° et 39° ; l'examen général et local des organes ne révèle rien d'anormal. La chute de la température se produit après une *injection d'urotropine intraveineuse* de 1 gr. 25, qui détermine le lendemain matin le retour à la normale (37°4). Depuis, la malade reste apyrétique et sort de l'hôpital complètement guérie, le 25^e jour.

Examen éloigné. — Revue en janvier 1922, la malade déclare s'être toujours très bien portée depuis son opération, elle n'accuse aucune douleur ni dans le vagin, ni dans le ventre, ni dans les reins, elle peut marcher sans éprouver de fatigue, elle a repris le cours normal de ses occupations comme par le passé.

Les premières règles ont apparu trois semaines après sa sortie de l'hôpital, elles ont duré 10 jours, abondantes, claires d'abord, foncées les 5 derniers jours, absolument indolores.

Les suivantes se produisent 25 jours environ après. Durée 6 jours, absolument normales en tout.

Les troisièmes durent 4 jours et sont absolument identiques aux règles d'avant sa grossesse.

Pas de pertes blanches, ni avant ni après les périodes menstruelles, pas de douleurs.

Toucher. . . On sent le col au centre portant quelques déchirures transversales (accouchement forceps), les culs-de-sac latéraux et sagittaux sont libres et non douloureux. Palper abdominal combiné : Utérus horizontal mobile.

Vessie. — A la miction quelques picotements, un peu de pollakiurie. Urines claires, pas d'albumine.

Dr PRESCOTT HEDLEY

(in *Journal of Obstetrics and Gynæcology
of the British Empire*) 1915.

OBSERVATION I

Mme W..., 27 ans, entre à l'hôpital (St-Thomas) le 30 décembre 1912, se plaignant de métrorrhagies et de pertes blanches. Elle a eu 4 enfants à terme ; tous les accouchements dit-elle ont été pénibles et chaque fois on a du recourir au forceps. Le premier enfant est mort 11 jours après ; les autres sont tous vivants et bien portants.

La malade a toujours eu une santé excellente jusqu'à son quatrième accouchement (18 juillet 1912) qui fut suivi d'une délivrance artificielle, manuelle, la malade saigna beaucoup on dut pratiquer des injections intraveineuses de sérum.

Elle garda le lit pendant six semaines et s'aperçut d'un écoulement épais et jaunâtre parfois coloré en rose. Celui-ci dura jusqu'à son entrée à l'hôpital. Le sang était ordinairement limpide et clair, mais quelquefois s'y mêlaient des caillots noirâtres. L'hémorragie augmentait quand la malade reprenait son travail et dans l'intervalle des métrorrhagies persistaient des pertes jaunes. Elle se plaignait de douleurs lombaires tenaces et de fréquentes céphalées ; jamais de fièvre ni de douleur pelvienne.

Examen. — Malade profondément anémiée. Cœur, poumons, sains, urines normales. La palpation abdominale ne révèle rien d'anormal. Dans le vagin on trouve une tumeur de volume d'un œuf de poule, piriforme dont la plus grande extrémité, le fond, regarde en bas, la plus petite est attachée à la voûte vaginale. Autour de la surface d'insertion une mince collerette de tissu, sur un 1/2 pouce de hauteur représente les lèvres du col. Par l'exploration bimanuelle on ne peut découvrir dans l'abdomen le corps de l'utérus ; mais sous anesthésie on parvient à sentir une dépression correspondant à

l'utérus inversé. La tumeur est recouverte d'un endomètre épaissi et rouge sombre ; elle est facilement mobilisable dans le vagin autour de son pédicule ; et saigne abondamment à chaque toucher.

Opération, 1^{er} janvier 1913. . . Je décidais de tenter la réduction en comprimant et repoussant vers le haut le corps de l'utérus avec une main intra-vaginale pendant qu'avec l'autre je fixais les bords de l'entonnoir d'inversion à travers la paroi abdominale. Cette tentative se prolongeant sans succès je saisis les lèvres du col avec deux pinces et combinant des tractions sur celui-ci et des pressions sur le fond j'essayais de nouveau la réduction sans plus de résultat. Ces manœuvres s'accompagnèrent d'une vive hémorrhagie et la malade dont l'état n'était pas satisfaisant au début, se mit à présenter des signes de shock. Jugeant peu sage d'insister ainsi, je décidais d'ouvrir l'abdomen pour réduire l'inversion soit par simple pression d'en bas en maintenant d'ecatement par en haut l'entonnoir, soit en m'aidant d'une incision postérieure pour vaincre la résistance.

A l'ouverture de l'abdomen, à la place normale du col au niveau de son insertion vaginale on apercevait un anneau assez grand pour admettre l'extrémité d'un doigt et dans lequel avaient été entraînés les trompes et les ligaments larges. Un essai de réduction fut pratiqué par pression sur le fond dirigée de bas en haut pendant que l'anneau était maintenu fixé par en haut ; on ajoute à cette pression des tractions exercées au moyen d'une pince qui va accrocher le fond de la cupule ; on n'obtient aucun résultat.

J'incise alors l'anneau, sur la ligne médiane, dans sa partie postérieure, aux ciseaux : une branche est enfoncée, sur une profondeur de 3/4 de pouce dans la coupe d'inversion, l'autre longe la paroi postérieure vers le cul-de-sac de Douglas. On obtient ainsi une section médiane de la portion vaginale du col ; de la paroi vaginale postérieure et supérieure sur une hauteur de 3/4 de pouce ; de la paroi postérieure de

l'utérus sur la même étendue à partir de son insertion vaginale. Sitôt après cette incision mon aide peut réduire l'inversion par une très légère pression intravaginale : on aperçoit alors la brèche intéressant l'utérus dans la partie inférieure et postérieure de sa paroi : le vagin dans sa partie supérieure tandis que l'incision du col dans sa portion vaginale est cachée par la paroi du vagin. On suture l'utérus au catgut de haut en bas y compris la portion du col intravaginale, puis la paroi vaginale. L'hémorragie tout à fait insignifiante, fut rapidement arrêtée par la suture. Le péritoine utérin fut déplié par endroits par suite des tentatives de réduction « par en haut » au moyen de pinces et non, comme il eut semblé à première vue par suite d'adhérences. Après la suture l'utérus reste flasque, on le laisse retomber dans le petit bassin ; *mais pensant qu'il était possible dans cette position de voir se constituer des adhérences entre la ligne de suture et les tissus sous-jacents capables de maintenir l'utérus en rétroversion*, je terminais par une « ventrofixation ».

Suture de la paroi abdominale : catgut plans profonds ; « salmon-gut » pour la peau.

Suites. — La nuit qui suivit l'opération la température atteignit 39°, le pouls 140 (injection morphine).

Les 5 nuits suivantes la température s'éleva à 38°, mais le pouls diminua de fréquence et l'état général s'améliora rapidement, aucune douleur, aucun malaise. Après le sixième jour la température retombait à la normale et la cicatrisation se fit par première intention. La malade se leva le 19 janvier et rentra chez elle le 24 janvier. Une note de son médecin m'a appris depuis que les premières règles ont apparu deux mois après l'opération. Durée 5 jours, grande perte de sang. Les suivantes 4 semaines après, furent en tout semblables aux précédentes. Depuis elles sont toujours normales et durent 3 jours. Pas de grossesse ; la malade est en parfaite santé, nullement anémiée, n'a jamais plus appelé son médecin.

D^r PRESCOTT HEDLEY

(in *Journal of Obstetrics and Gynæcology*
of the *British Empire*)

OBSERVATION II

• Mme D..., 32 ans, m'est envoyée le 18 janvier 1913, pour des ménorrhagies et des métrorrhagies consécutives à son accouchement.

Mariée depuis 8 ans n'a présenté qu'une grossesse qui s'est terminée normalement le 18 juillet 1912.

Accouchement. — S'est passé normalement et un quart d'heure après la naissance de l'enfant, le placenta a été expulsé par simple expression. Tout de suite après la malade sentait une tumeur dans le vagin et voyait s'installer une hémorragie grave avec perte de connaissance. On reconnut le fond utérin inversé que l'on put réduire immédiatement.

Repos au lit pendant trois semaines, durant lesquelles, chaque jour, se produisaient spontanément des hémorragies. Au lever celles-ci devinrent plus abondantes et persistèrent, avec de brefs intervalles pendant trois mois. Les pertes sanguines diminuèrent progressivement, mais les règles étaient toujours très abondantes et duraient dix jours, suivies dans les jours intercalaires d'un important écoulement jaunâtre et parfois de sang pur.

Une violente douleur avait été ressentie dans le petit bassin trois semaines après l'accouchement mais depuis la malade n'avait accusée qu'une impression de pesanteur, notée quelques semaines avant mon examen. Pendant trois ou quatre mois, de l'ergot et autres médicaments avaient été prescrits contre ces hémorragies, plus tard on donna aussi du « fer ».

Examen. — Malade extrêmement anémiée, véritable infirme depuis la naissance de son enfant. La palpation abdominale ne révèle rien d'anormal, dans le vagin on constate les

mêmes signes que dans l'observation précédente, mais la tumeur saigne moins au toucher ; elle a les mêmes dimensions, forme couleur ; le fond est aussi librement mobilisable dans le vagin et la collerette entourant son pédicule s'étend sur la même hauteur.

Je fais rentrer la malade à St-Thomas'Hospital, en lui exposant que la réduction pouvait être obtenue par deux méthodes lente par « pression continue » ; rapide, après « laparotomie » ; la malade préféra celle-ci, très soucieuse qu'elle était d'éviter n'importe quelle méthode de lenteur.

Opération, 20 janvier. — Sous anesthésie, l'anneau d'inversion pouvait être nettement senti par le palper bimanuel. Pendant une heure 1/4, j'essayais de réduire en repoussant la tumeur vaginale : d'abord en maintenant l'anneau, par en haut avec la main abdominale, puis en tirant en bas le col saisi par deux ou trois pinces. Ces manœuvres restant sans succès et causant une importante perte de sang en même temps que des déchirures du col, je décidais d'ouvrir l'abdomen pour exécuter la même opération que dans le cas précédent mais cette fois pour éviter les inconvénients d'une manœuvre intra-vaginale combinée à une laparotomie, je pus très facilement replacer l'utérus en exerçant des pressions sur le corps à travers les parois vésicales. Dans la coupe d'inversion on ne trouva pas d'adhérences.

Je terminais l'opération par une « ventrofixation » au catgut et suture de la paroi abdominale à la soie.

Suites immédiates. — La malade ne donna pas la moindre inquiétude, pas d'élévation thermique après le premier soir ; la cicatrisation se fit par primam. L'état général s'améliora rapidement. Lever le 16^e jour ; exeat le 21^e.

Suites éloignées. — Un mois après la malade m'écrivait qu'elle était tout à fait bien et en état de faire le longues « marches » (to walk miles) ; revue plus tard elle déclara se porter très bien depuis l'opération ; règles normales et régulières ; plus de pertes blanches. Récemment elle dut consta-

ter une légère réapparition de la dysménorrhée qu'elle avait toujours eue d'habitude avant sa grossesse. La cicatrice abdominale est solide. Dans le vagin on ne sent aucune cicatrice de la paroi vaginale postérieure, la suture de la lèvre postérieure du col est incomplète dans sa partie inférieure. L'utérus est en bonne position. Palper et toucher combinés négatifs.

CHAPITRE V

ESSAI CRITIQUE

A quelle voie donner la préférence pour aborder l'utérus ?

Il a paru paradoxal et irrationnel d'aller chercher, par la cavité abdominale, un organe qui normalement son hôte, vient de la déshabiter pour s'extérioriser dans le vagin où il se présente, au toucher; sinon toujours à la vue, sous la forme d'une grosse tumeur, habituellement très accessible. Cette position, on peut le dire, semble imposer comme voie d'accès la plus normale et la plus naturelle, la voie vaginale, et «il est déplacé de surajouter une laparotomie qui, si tant est qu'elle soit efficace dans certains cas, est inutile et tout au moins dangereuse.» (Fresson).

La base de ce raisonnement nous reporte au temps ou

la méthode de G. Thomas, avant 1870, était aux prises avec les graves complications de l'infection péritonéale post opératoire, et si, sur le premier résultat malheureux de cet auteur nous devions sans recours condamner encore aujourd'hui la méthode comme le faisait Denucé à ses débuts, nous souscririons, il nous semble, à un jugement que les progrès de la technique ont infirmé. Après l'évolution moderne de la grande chirurgie abdominale, à notre époque, nous serions impardonnables de rester à ce point retardataires ou timorés. Nous ne sommes pas sans connaître les risques auxquels s'expose le chirurgien quand il s'attaque au péritoine ; mais si la terreur de celui-ci a paralysé à leur temps des auteurs audacieux et ingénieux, nous croyons pouvoir affirmer actuellement qu'avec les progrès de l'antisepsie et de l'asepsie, l'immense majorité des interventions intra péritonéales ne présente plus le caractère de gravité et de témérité des premières laparotomies dont l'expression pratique était un pourcentage élevé de mortalité.

Si nous comparons l'origine de l'*infection* qui complique les suites opératoires, nous sommes amenés à nous rendre compte que la septicité plus grande de la voie vaginale causera toujours des risques sérieux. Éliminant les causes communes d'infection pour nous attacher plus spécialement au champ opératoire, nous allons voir l'avantage de la voie abdominale.

La voie vaginale comprend : vulve, vagin, canal cervical, utérus par sa face inversée depuis plusieurs jours. L'asepsie et l'antisepsie de cette région peut elle être aisée, et absolument sûre ? En quel milieu dès lors évolueront et la main et les instruments de l'opérateur quand il s'agira

d'inciser un cul-de-sac, d'aller à travers lui, explorer la face péritonéale de l'entonnoir ? Si germes septiques on rencontre, c'est « avec le doigt » qu'il seront déposés sur la séreuse de Douglas ; leur pénétration sera aidée par une incision d'autant plus propice qu'elle sera plus grande et que les manœuvres de déploiement, de retournement de l'utérus seront plus longues. De l'aveu même des Auteurs les suites opératoires compliquées dès le début ne sont pas rares (Westermach, Morisani, Graeve : Wies, rapporte un cas où dès le lendemain, la température était à 40° avec vomissements, état péritonéal qui emportent la malade deux jours après. Dans d'autres cas l'infection ou bien reste utérine, ou bien se localise au petit bassin et la malade guérit (Gayet).

Contre la voie abdominale on a beaucoup insisté sur une cause inévitable d'infection tenant aux *manœuvres abdomino-vaginales combinées* qui nécessitent le passage successif du champ péritonéal au champ vaginal et inversement ; qu'il nous suffise de recommander d'être méthodique, de confier à un aide le temps vaginal de l'intervention, celui-ci aura soin de changer de gants avant de reprendre un rôle actif dans le champ abdominal. La même précaution serait prise par l'opérateur s'il avait à intervenir lui-même par cette voie. Le plus grave écueil qu'on ne peut éviter réside dans l'ouverture de la paroi utérine, par laquelle les deux champs communiquent ; mais elle est de faible étendue ; le sens de la section se fait de la face séreuse vers la face muqueuse ; l'affrontement des lèvres est obtenu de façon parfaite tout de suite ; la suture immédiate, en deux plans, offre des garanties d'isolement

plus grandes, grâce encore à l'exacte coaptation du péritoine qui va la recouvrir ; enfin on peut procéder à une large et minutieuse toilette de l'ensemble de la cavité et du péritoine utérin plus spécialement.

En résumé, l'asepsie du champ opératoire est plus sûre par la méthode abdominale ; les risques d'infection que celle-ci fait courir par elle-même n'existent plus de nos jours. Les seules chances de complications tiennent, dans les deux méthodes d'ailleurs, au passage de germes du vagin ou de la muqueuse utérine inversée depuis longtemps : la septicité latente du conduit vaginal étant incontestable. Contre cette voie de propagation septique, avec laquelle on doit toujours compter, la méthode abdominale présente un triple avantage : brèche minime, suture étanche et vérifiable, possibilité d'une toilette soignée après la reposition.

Etat général : Contre-indication de la Laparotomie ?

Il y a lieu de distinguer plusieurs cas :

1° L'inversion est de date récente et d'emblée irréductible ; on voit la malade d'une façon précoce ; dans les premières 48 heures, c'est le tableau clinique de l'inversion aigue : angoisse respiratoire, vertiges, tendances à la syncope, syncopes vraies, pouls petit, rapide, température abaissée, l'ensemble de ces signes constituant le phénomène « shock ». Les signes locaux sont : tumeur intra ou extra vaginale, saignant abondamment, sous forme d'hé-

hémorragie profuse anémiant la malade. Le traitement s'adressant à la cause exigerait la réduction immédiate : ici l'état général s'y oppose ; danger réel de l'anesthésie et d'un shock opératoire surajouté au shock traumatique préexistant ; les repositors même ont amené des désastres de la voie haute ou de la voie basse, laquelle doit causer moins « de shock » ? *La faveur serait peut-être pour la seconde.*

Deuxième cas. — C'est une malade dont l'inversion date de plusieurs jours, anémiée par des hémorragies lentes, continues, dont la somme commence à devenir importante. L'indication opératoire n'a pas été posée, soit par hésitation du diagnostic, soit par impossibilité matérielle. Aucune contre-indication ne peut être rapportée à l'état général.

Enfin troisième cas. — Inversion progressive, installée lentement, révélée par l'abondance et la brusquerie d'une hémorragie ou d'un retour de couches anormal. Le diagnostic est positif à l'examen ; un nouvel échec des moyens simples pose l'indication d'intervenir.

Dans ces deux derniers cas, rien ne nous paraît contre-indiquer une laparotomie. Contre elle on pourrait invoquer la *durée de l'intervention* ; mais celle-ci n'est pas plus longue qu'une intervention vaginale, elle le serait si la simple dilatation de l'anneau devait être poursuivie longtemps pour amener la réduction sans incision, mais alors combien appréciable en serait le bénéfice !

Si l'on doit débrider le collet d'inversion, la section du tissu utérin est facile et rapidement pratiquée aux ciseaux, elle est de faible étendue, ne saigne pratiquement pas, ou peu, *son hémostase est instantanée.* Il n'en est pas de mê-

me des larges incisions d'hystérotomie vaginale qui portant sur un tissu congestionné au maximum saignent beaucoup, sur une grande surface, dont l'hémostase est difficile et la suture pénible. « Les tissus sont friables et les points ne tiennent pas. *Le tout saigne abondamment* et il faut beaucoup de patience sinon d'habileté pour arriver à mener à bien cette tâche » (Rossinès).

La méthode abdominale est plus économe des forces de la malade en ne risquant pas d'augmenter une anémie dont l'opération se propose de combattre la cause et à ce titre, nous paraît préférable aux différentes interventions sanglantes proposées. Une seule réserve s'impose à son indication : l'état de *shock*, primitif, très marqué dans l'inversion totale et brusque observée de bonne heure.

Avantages

Nous jugeons inutile de reprendre l'exposé détaillé de la technique suivie ; elle se dégage suffisamment du compte rendu opératoire ; qu'il nous suffise cependant de préciser un point relatif à l'étendue de « l'incision libératrice ». Alors que N. Haultain (Edinburg Medical journal, décembre 1908), la limite au corps utérin, tout au-dessus de l'insertion vaginale du col, Prescott Heldey la fait porter en outre sur la lèvre postérieure de celui-ci et sur la partie supérieure de la paroi du vagin : c'est la résistance et l'état particulier du tissu utérin (cartonisation de G. Thomas), qui conditionnent l'étendue du débridement.

La section par voie haute de l'anneau est facile, rapide, efficace, nous traduisons ici l'impression de Haultain. « Préférant toujours la voie abdominale à la voie vaginale

dans toutes les opérations intrapéritonéales pelviennes, j'avais trouvé, à mon premier cas, la réduction si simple et si satisfaisante que je l'ai répétée deux fois toujours avec la même simplicité d'exécution et le succès complet dans les deux autres cas que j'ai été appelé à traiter ».

À la netteté du champ opératoire on devra la précision, le contrôle de la vue est un des réels avantages de la méthode ; la laparotomie permet, par l'inspection de toute la cavité pelvienne d'apprécier à l'œil et au toucher l'état des différents organes, dans les rapports qu'ils affectent avec l'utérus inversé et entre eux. On peut s'assurer de la résistance et du degré de constriction de l'anneau, de l'état des annexes, du fond (péritonite infundibulaire), s'il existe des adhérences, des lésions inflammatoires récentes ou anciennes (Gross, Fasano) ; on peut en apprécier l'étendue et assurer leur libération en ménageant les organes du voisinage (ablation d'un ovaire et d'un kyste parovarien. Haultain).

En Angleterre où l'usage du « repositor » est très en faveur, Heldey reste convaincu que « dans tous cas grave ce procédé est beaucoup plus dangereux que l'intervention abdominale, avec celle-ci les causes d'échec sont réduites au minimum. Toutes les fois que la réduction manuelle aura échoué je suis d'avis que les avantages d'une reposition rapide dépassent largement les risques que l'on reproche à la méthode abdominale ».

Préférable encore apparaît la méthode abdominale, si l'on s'attache à l'avenir des « femmes hystérotomisées ». **Quels risques importants** n'aura-t-on pas à redouter de ces longues incisions faites par le procédé vaginal ; cicatrice portant sur toute la longueur du corps utérin et sur

la paroi postérieure du vagin ? (Colpotomie) : Danger de rupture au cours d'une grossesse et au cours d'un travail ultérieur, danger de déviation pour la statique de l'utérus ; la tendance rétractile constante des processus cicatriciels ne risque-t-elle pas d'amener l'organe en rétroversion par degrés successifs et de l'y maintenir par la formation d'adhérences, avec les tissus sous-jacents ! Les hystéropexies curatrices ou les traitements de douceurs, toujours longs, restent la source d'ennuis ultérieurs ou l'occasion d'une nouvelle intervention moins favorablement accueillie.

Les craintes de Heldey, que nous partageons, sont bien justifiées par l'examen éloigné des opérées de Westermach, Kustner, Duret, chez lesquelles rétroversion et rupture ont pu être observées (4 fois sur 9 cas).

Avec l'hystérotomie abdominale, ces chances sont sinon écartées, du moins réduites au minimum à condition d'épargner le plus possible la paroi vaginale ; elles sont définitivement supprimées si l'on fait dans le même temps opératoire, une « fixation » qui sera préventive et des déviations et des récidives.

Contre les risques de rupture les plus sûrs garants sont l'exiguité de l'incision d'une part, la qualité de la cicatrice d'autre part, qui dépend de la perfection de la suture.

Une opérée de Haultain n'a-t-elle pas présenté successivement deux grossesses sans la moindre complication, ni au cours de leur évolution, ni pendant le travail.

Comment ne ferions-nous pas nôtre cette conviction qui nous paraît si juste, de M. Couvelaire.

« J'ai pensé que l'incision sagittale de l'utérus n'était en

« somme qu'un pis-aller, que la *ewatrisation* de cette *hystérotomie* créait un risque pour l'évolution des grossesses ultérieures et que, peut-être, on faisait trop bon marché des interventions par voie abdominale pratiquées à la manière de Thomas... J'ai été tenté par cette *méthode réellement conservatrice*, j'ai échoué. J'ai dû terminer par une hystérectomie suivie d'ailleurs d'une guérison très simplement obtenue.

En dernière analyse pour conclure nous n'avons nulle-

En dernière analyse, et pour nous résumer, nous n'avons nullement l'intention, en rapportant un succès de réduction d'inversion utérine par la « voie abdominale » de déconsidérer les autres procédés propres à la voie vaginale. Ceux-ci, très-élégants et ingénieux, méritent d'être retenus mais à côté d'eux, nous pensons que la méthode abdominale mérite d'être mise désormais, dans les traités classiques, sur le même plan que les précédents. Nous croyons même que la simplicité de sa technique déterminera en sa faveur, la plupart des chirurgiens de moins en moins familiers avec la voie vaginale, que seuls, continueront à pratiquer certains spécialistes qui lui resteront fidèles surtout par goût et par tempérament.

La voie vaginale c'est presque toujours l'« hystérotomie » totale à laquelle s'ajoute une *colpotomie*. C'est la réduction dans l'abdomen d'une surface utérine forcément souillée au contact des parois vulvaires, vaginales, pendant les manœuvres de retournement et de réintégration.

La « voie abdominale » c'est l'« hystérotomie partielle » juste suffisante pour la réduction, facilitée par les manœuvres intra-vaginales de l'aide. C'est après la suture à étanchéité vérifiable, la possibilité d'une toilette minu-

tieuse du péritoine utérin ; la « fixation » complémentaire de l'organe très facile si elle s'impose.

C'est l'absence de colpotomie que l'on ne pratiquera qu'ultérieurement en cas de nécessité.

Qu'on ne viennent pas objecter l'inconvénient d'un laparotomie. Avant l'emploi des incisions transversales nous aurions du accepter l'argument de l'éventration toujours possible avec l'incision verticale ; actuellement nous n'avons plus à craindre une telle éventualité avec l'incision transversale, et puis pourquoi tairions-nous le sentiment intime de tout chirurgien en présence d'une inversion utérine ? La voie abdominale est la seule qui puisse satisfaire sa curiosité très légitime en présence d'un accident aussi rare et appelé, comme nous le disions au début de notre étude, à le devenir de plus en plus.

Quelle est la disposition du tractus génital ? Où sont les trompes ? Les ovaires ? Comment se présente la circulation du ligament large n'y a-t-il pas d'adhérences péritonéales ? Tout autant d'interrogations auxquelles la vue par en haut satisfait d'un coup et que l'examen par en bas n'élucide jamais aussi clairement.

L'intervention abdominale est une opération précise et sûre qui ne laisse rien au hasard et qui garantit, avec un minimum de risques l'avenir de l'utérus ; nous aimerions à rappeler un sage principe de « chirurgie utérine » ; c'est plus le souci de l'avenir fonctionnel de l'organe qui doit guider le chirurgien, que celui de la solution élégante d'un problème d'art et d'esthétique opératoires.

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES RÉSUMÉES

(à retrouver in Thèse Théoharide)

dont nous tenons à souligner quelques passages.

OBSERVATION A. COUVELAIRE

Inversion utérine puerpérale datant de 78 jours

Echec des tentatives de réduction par l'application de ballons de Champrier de Ribes. Laparatomie. Echec des tentatives de réduction par manœuvre mixte après dilatation de l'anneau et après hystérotomie postérieure limitée. Intervention.

(Laparotomie sous-ombilicale, 5 décembre). L'entrée de l'infundibulum apparaît au centre du bassin. Les ovaires et les pavillons tubaires sont libres. Une partie des ligaments ronds, des trompes, des ligaments uréro-ovariens pénètre dans l'infundibulum. Pas d'œdème, pas de congestion vasculaire, pas d'adhérences. Le doigt pénètre dans l'infundibulum sans difficulté. Je le retire. L'anneau se resserre aussitôt. Dilatation aux bougies d'Hegar. L'anneau est extensible mais la bougie a peine retirée, l'anneau se ressrre. Plusieurs tentatives de refou-

lement vaginal pratiquée par Cazeaux pendant que j'immobilise l'orifice restent sans succès. Je me décide alors à faire une section de l'anneau sur la ligne médiane postérieure. J'ouvre la section de l'anneau sur la ligne médiane postérieure. J'ouvre le vagin et je poursuis l'incision sagittale de l'utérus jusqu'à mi hauteur de la face postérieure, incision économique à la manière d'Everke. Une nouvelle tentative de réduction est faite par Cazeaux. Elle réussit. Mais l'incision s'est prolongée par déchirure jusque sur le fond. Dans ces conditions je ne crois pas prudent de conserver l'utérus et je pratique l'ablation de l'utérus réduit. Suites opératoires très simples. Un drain, suture de la paroi abdominale en trois temps... 28 décembre, la malade guérie quitte la clinique.

OBSERVATION FASANO (*Gazetta de Hospitali*)
Un cas d'inversion utérine

Tout essai de réduction par la voie vaginale, même sous le chloroforme, est inutile et on provoque des hémorragies abondantes, tamponnement, traitement général reconstituant.

9 juillet 1910. — Anesthésie éther morphine. Laparotomie. L'épiploon adhérent est sectionné entre deux ligatures. *L'intestin adhérent au plancher pelvien est libéré* et on met à jour le collet de l'infundibulum d'inversion complètement fermé par des adhérences fibreuses. On essaie la réduction ; mais elle est impossible, à cause de la friabilité des tissus de néoformation inflammatoire, qui se lacèrent facilement.

Hystérectomie par incision circulaire de l'anneau. Paroi vésicale très friable déchirée et reconstituée en deux plans. L'utérus est enlevé, ovaire gauche conservé. Péritoine pelvien reconstitué. Paroi abdominale fermée trois plans.

OBSERVATION HAULTAIN (Juillet 1908)
Hystérotomie abdominale pour inversion chronique

... Réduction facile... Ablation d'un ovaire et d'un kyste para-ovarien,

OBSERVATION GROSS (Novembre 1917)

Inversion utérine récidive, après un tamponnement vaginal Hémorrhagie répétée plusieurs fois. 25 août, femme très anémiée. Diagnostic d'inversion complète. Aucun essai de réduction non sanglante. Opération par le procédé kusner (anesthésie rachidienne) novocaïne, adrénaline. Scopolamine morphine, sous-cutanée.

Après l'ouverture du Douglas, grande difficulté, le doigt introduit dans l'infundibulum, ne peut y pénétrer à cause des adhérences. Le vagin est tamponné à la gaze iodoformée et on pratique la laparotomie pour réinverser l'utérus après destruction des adhérences ; à l'ouverture de l'abdomen, on constate que le péritoine vésical adhère à celui du rectum. On libère les adhérences pour mettre à jour l'anneau auquel adhèrent les annexes et l'ovaire gauche, tandis que l'ovaire droit a été entraîné profondément dans l'infundibulum. On libère les annexes. On met à découvert l'ouverture du cul-de-sac vaginal. Essai de réduction après dilatation digitale sans résultat. On fend alors la paroi postérieure de l'utérus par une incision commençant à 1 cm de l'orifice cervical externe et allant jusqu'au fond de l'organe. Les bords de la plaie utérine sont saisis avec des pinces à griffe et en exerçant des tractions sur celles-ci, on obtient la réduction. La plaie utérine se prolonge un peu sur le fond par déchirure, suture points séparés profonds à la soie. Suture superficielle musculo séreuse. Drainage. Légère élévation thermique (38°6) le 5^e jour. Suite normale. Sortie guérie.

OBSERVATION BARBOUR

Inversion utérine complète. Tentative de réduction manuelle sans résultat. Huit jours après, anesthésie générale. Laparotomie, position de Trendelenburg. Incision du bord postérieur de l'anneau. Refoulement du fond par le vagin et inci-

sion utérine, prolongée sur le corps jusqu'à réduction complète. On constate alors que la portion inversée est le siège d'une dégénérescence graisseuse très marquée. Ablation par hystérectomie supra-vaginale. Ovaire gauche conservé.

OBSERVATION GROSS

Trois cas d'inversion utérine : dans un cas l'inversion se reproduit. La réduction manuelle sous chloroforme est sans résultat.

5 décembre. — *Laparotomie médiane sous-ombilicale*. Les trompes et les ligaments larges pénètrent dans l'entonnoir d'inversion. On fait quelques tractions sur elles, mais sans insister, de peur de les déchirer. Dilatation de l'anneau avec deux écarteurs de Farabœuf et refoulement par le vagin. La réduction est obtenue. Déchirures longitudinales superficielles sur le côté gauche de l'utérus, au niveau du point de contact du bord du dilateur. Suture à la soie... *Hystéropexie complémentaire*. Fermeture de l'abdomen en trois plans. Suites opératoires des plus simples.

Guérisson. Un an après, elle n'éprouve aucune gêne.

OBSERVATION E. VIGNARD

Inversion utérine puerpérale ancienne. *Réduction après laparotomie et hystérotomie postérieure*... 27 juillet. Laparotomie. Les annexes ont totalement disparu dans l'infundibulum. L'index est introduit avec peine, puis l'autre index est glissé et on dilate l'anneau. Sans résultat. Débridement postérieur de l'anneau et traction sur les annexes. La réduction s'effectue, mais l'incision se prolonge par déchirure, alors j'incise presque toute la paroi postérieure de l'utérus. La réduction est obtenue. Suture par des points séparés comprenant toute l'épaisseur de la paroi sauf la muqueuse. Points superficiels séreux.

...*Raccourcissement des ligaments ronds* (6 à 8 cm) pour

éviter la *rétroversion*. Durée de l'opération, 1 heure. Suites opératoires non fébriles.

Examen éloigné. — Règles normales. Utérus en position normale.

OBSERVATION HAULTAIN (*Edinburgh Medical Journal*)
(Décembre 1908)

Après désinfection d'usage de la peau, de l'abdomen et du vagin, une incision sur la ligne médiane met à jour l'aspect péritonéale de la cavité pelvienne. La place du fond de l'utérus est maintenant représentée par une fente transversale, à travers laquelle une paire de pinces ordinaires est introduite et ouverte aussi largement que possible pour rompre quelques *adhérences péritonéales dans le tunnel d'inversion* (trouvée *deux fois*). Chaque ligament rond passant par la fente est saisi par une pince de Kocher et tiré en haut et en avant, tandis qu'au même moment, un aide pousse le fond utérin en haut du vagin. De cette façon, un anneau épais formé par les parois de l'utérus se montre entourant la fente d'inversion. On sectionne cet anneau dans sa portion postérieure, sur toute l'épaisseur. Une réduction partielle est obtenue par taxis vaginal. La portion qui enserre encore est visible. L'incision est prolongée jusqu'à ouverture suffisante pour permettre l'introduction du doigt pour attirer le fond. Une pression mesurée peut être exercée et la réduction s'obtient facilement.

OBSERVATION MENDES DE LÉON (Amsterdam, Février 1905)
(*Revue de Gynécologie, Pozzi, 1906*)

Un cas d'inversion utérine non puerpérale.

Une nullipare venue consulter pour métrorrhagie (endométrite, petit myome cervical)... Laparatomie (sous anesthésie mixte chloroforme oxygène), permet d'apercevoir de nombreuses adhérences de date récente reliant le grand épiploon

et les intestins à l'appareil génital. Elles contiennent en plusieurs endroits dans les interstices un exsudat séreux. Indication d'une inflammation récente bien que la malade ne se soit jamais plaint de douleurs abdominales et que la température ait toujours oscillé entre 36 et 37°.... Le détachement des dernières adhérences montre enfin une cupule formée par l'utérus inversé, englobant à droite, la plus grande partie des annexes, tandis qu'à gauche, on voit encore l'ovaire en partie. La cupule, qui va se terminant en pointe ne laisse pénétrer qu'une phalange du doigt explorateur. Il s'agit d'un polype pédiculé formant la majeure partie de la tumeur dont l'ablation fut possible par torsion.

CONCLUSIONS

1° L'inversion utérine est un accident rare, et qui tend à devenir exceptionnel en raison de sa prophylaxie qui résulte de nos progrès dans la connaissance des lois naturelles de l'obstétrique.

2° En présence d'une inversion utérine récente, tous les moyens de réduction simple doivent être mis en œuvre. Leur précocité conditionne leur succès ; de leur échec découle la notion d'irréductibilité. Celle-ci n'est pas toujours fonction de l'âge de l'inversion ; elle peut exister d'emblée, on connaît d'autre part des cas où la réduction a pu s'effectuer après un temps plus ou moins long soit par taxis, soit même spontanément.

3° Quelque soit son âge « l'inversion utérine irréductible » et justiciable d'une « intervention chirurgicale conservatrice » conditionnée par l'état général et l'état local de la malade. Ce dernier oppose une contre-indication formelle quand le tissu utérin présente à quelque niveau, à quelque degré que ce soit, des signes d'altération, risquant à elle seule d'assombrir le pronostic immédiat ou éloigné de l'opération.

L'hystérectomie est alors indiquée.

4° La « voie abdominale », après laparotomie sous-ombilicale, à incision transversale de préférence, présente des avantages réels :

Elle permet de vérifier l'état de l'organe inversé, du péritoine utérin et pelvien, des annexes, des ligaments de soutien et des pédicules vasculaires, enfin des organes voisins de leurs rapports après l'inversion.

Elle permet d'opérer au grand jour, dans un champ opératoire libre, sous le contrôle constant de la vue.

5° Les manœuvres de réduction sont faciles et efficaces. Si la simple dilatation de l'anneau d'inversion ne suffit pas (on devra toujours en rechercher le bénéfice), une incision médiane, limitée sur la partie postérieure du bourrelet saillant, 3-4 cm., combinée avec une pression intravaginale, amène instantanément la réduction.

6° L'incision d'« hystérotomie » est de faible étendue. Sa suture peut être exécutée d'une façon parfaite et vérifiée in situ assurant ainsi l'évolution d'une bonne cicatrice sans danger pour la statique et la résistance de l'utérus. On pourra prévenir les déplacements, déviations, récidives, en terminant par une « fixation ». L'incision abdominale de « laparotomie » est pratiquement sans danger.

7° Des résultats éloignés favorables ont été rapportés avec grossesses normales dans leur évolution et leur terminaison.

La méthode abdominale est bien réellement une méthode « conservatrice » puisqu'elle assure au maximum l'avenir fonctionnel et obstétrical de l'organe.

Le Président de la Thèse,
CONDAMIN.

Vu :
Le Doyen,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
LYON, le 2 Février 1922.

Pour le Recteur et par délégation,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
JEAN LÉPINE.

BIBLIOGRAPHIE

ACQUOVIVA. — Thèse Montpellier 1899.

BRASSEUR J. — De l'Hystérectomie vaginale dans l'inversion utérine puerpérale irréductible. *Thèse de Paris* 1895.

BRENNAN M.L. — Inversion utérine. Nouvelle Technique opératoire. *Revue Médicale du Canada* n° 8, 22 Août 1901. De l'Intervention intra-abdominale dans l'inversion utérine irréductible. Note complémentaire. *Revue Médicale du Canada*, n° 11, 11 Septembre 1901. *Revue de Gynécologie de Pozzi*, 1902.

BUDIN ET DEMELIN. — *Tratté d'Obstétrique*.

COMMANDEUR. — Article : Inversion utérine, *in-Bar*, Brindeau et Chambrelent. *La Pratique de l'Art des Accouchements*. Paris 1913.

COSENTINO. — Nuovo Contributo di Metodi di riduzione dell'intero, nell'inversione cronica, 1894. Communication XI^e Congrès Médical National. *Archives d'Obstétrique et Gynécologie*, Naples 1894.

COUVELAIRE — *Annales Gynécologie et Obstétrique*, juin 1911. Communication Société d'Obstétrique et Gynécologie Pédiatrie de Paris, 3 Avril 1911. *In-thèse Théoharide*, 1913.

- DENUCÉ. -- *Traité Clinique de l'Inversion utérine*, Paris 1883.
- DURET. — *Journal des Sciences Médicales de Lille*. Juillet et Novembre 1898. *In-thèse de Bonte*, Paris 1900.
- EVEIKE. — *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, 1899.
- FASANO. — *Gazette des Hôpitaux et des Cliniques*, Milan 1911.
- FAURE ET SIREDEY. — *Traité de Gynécologie*, 1913.
- FORGUE ET MASSABEAU. — *In Le Dentu et Delbet* 1920.
- FOURNIER. — *Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1908.
- FRESSON. -- *Thèse Paris*, 1902.
- GAYET. — *Lyon Médical*. Novembre 1901. *In thèse Wies*, Lyon 1911.
- GROSS. — *Résumé Bulletin Société Obstétrique et Gynécologie*. Paris, Mars 1912. *Presse Médicale*. 6 Novembre. Gynécologie et Obstétrique. 1920.
- HARTMANN. — *Gynécologue opératoire*, Paris 1911.
- HAULTAIN. — *Edinburgh Medical Journal*. Déc. 1908. *Proceedings of the Royal Society of Médecine*. July 1908.
- HEDLEY PRESGOTT. — *Journal of Obstetrics and Gynæcology of the British Empire*. Janvier 1915.
- HILBERT F. DAY. — *Inversion of Uterus*. *Boston Medical and Surgical Journal*. Sept. 1912.
- LABADIE, LEGRIVE, LEGUEU. — *Traité de Gynécologie*, 1914.
- MENDÈS DE LÉON (Amsterdam). — *Cas d'Inversion utérine non puerpérale traité par laparotomie*. *Revue Gynéco*, Pozzi 1906.
- MAC INTOSH. — *Complete Inversion of Uterus. Traitement by abdominal Section*. *Medical Records*, New-York, 1893.
- MAIGRIER ET SCHWOB. — *Précis Obstétrique*.
- MUNDÉ. — *American Journal of Obstetrics*, 1880.
- OUI. — *Rapport au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Nantes*, 1901. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1901.
- OBSTÉTRIQUE. — *Revue*.
- PINARD. *In Thèse Théoharide*.
- POLLOSSON. — *In Thèse Wies*, Lyon 1911.
- POZZI. — *Traité de Gynéco-clinique et opératoire*, 1907. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, Pozzi, 1906, p. 481.

- RIBEMONT, DESAIGNES, LEPAGE. — *Précis d'Obstétrique*.
ROSSINÈS. — *Thèse Lyon*, 1897.
SURGERY. — Gynecology and Obstetrics, Chicago, 1911.
TASTE. — *Thèse*, Lyon 1897.
THÉOHARIDE. — *Thèse*, Paris, 1913.
THOMAS G. — Irseases of Women and Children, 1869, 1880, in
Denuce (*Traité clinique de l'Inversion*).
Transactions of the New-York Surgical Society.
VIGNARD — *Archives Provinciales de Chirurgie*. Décembre 1902.
VILLARD. — Hysterectomie, *Lyon Médical*, 1900. Société Médicale
Lyon, 14 février 1900.
VAUTRIN. — Réunion Obstétrique et Gynécologie de Nancy, Mars 1912.
VOGEL. — *L'Obstétrique*, 1901, p. 69.
VINCE (Bruxelles). — Hystérotomie abdominale exploratrice
Extirpation d'un fragment organisé du placenta.
Curetage utérin transpéritonéal. *Journal Médical de
Bruxelles*, 18 février 1904.
WEISS M. — Communication à la Réunion Obstétricale et Gyné-
nécol. de Nancy. 6 Mars 1912.
WIES. — *Thèse*, Lyon 1911.
-

